

PRISCILA NASCIMENTO SOUZA

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO
DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NO PUERPÉRIO**

Trabalho de conclusão de curso em formato de artigo, apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem, do Centro Universitário de Brasília, sob orientação do professor Eduardo Cyrino de Oliveira Filho.

BRASÍLIA – DF
2016

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NO PUERPÉRIO.

Priscila Nascimento Souza¹
Eduardo Cyrino Oliveira Filho²

Resumo

A gravidez é uma fase de preparo psicológico para a mãe, a gestação é o período onde ocorrem várias alterações e adaptações, sendo o período em que a mulher está mais predisposta ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Objetivo deste artigo é apresentar intervenções de enfermagem na prevenção dos transtornos mentais e comportamentais no puerpério. Trata-se de uma revisão de literatura de artigos encontrados nas bases bibliográficas Pubmed, Biblioteca virtual de saúde (BVS) e Scielo, entre os anos de 2003 a 2016. Foi possível observar que ainda há uma lacuna nos dados sobre esse tema, e que novos estudos são necessários para melhor caracterizar os transtornos que envolvem a saúde mental da gestante no puerpério. Ele exige um profundo conhecimento sobre todas as alterações ocorridas neste período para que, assim, seja oferecida uma adequada assistência à saúde da gestante. As evidências disponíveis justificam uma atenção prioritária no atendimento pré-natal da gestante para prevenção dos agravos à saúde mental materna.

Palavras-chave: pós-parto; gestantes; transtornos mentais.

nursing intervention in the prevention of puerperium mental and behaviour disorders

Abstract

Pregnancy is a psychological preparation phase for mothers in general. Gestation is the period where there are several changes and adaptations, as a result of way of the period in which the woman is more predisposed to the development of psychiatric disorders. This article aims to provide nursing interventions in the prevention of mental and behavioral disorders along the postpartum period. This is a review of articles found in the literature, resort in bibliographic databases, such as: PubMed, Health Virtual Library (BVS) and Scielo, between 2001 to 2016. It was observed that there is still a gap in the data on this subject, and further studies are needed to better characterize the disorders involving the mental health of pregnant woman in the postpartum period. This scenario require a detailed knowledge of all the changes in this period, so be offered adequate health care to the pregnant woman, available evidence demand priority attention in prenatal care of pregnant for prevention of harm to maternal mental health.

Keywords: Postpartum; pregnant women; mental disorders.

¹ Discente do curso de Enfermagem – Email: priscilasouza_enfermagem@hotmail.com

² Docente do curso de Enfermagem do UniCEUB – Email: eduardo.cyrino@uniceub.br

1. INTRODUÇÃO

Contrariamente ao que pensamos no sentido de que a maternidade é algo intrínseco à natureza da mulher, para algumas mulheres ser mãe não é algo natural, pré-planejado, incluindo a idealização de interação feliz entre mãe/bebê. Assim, ela apresenta-se de forma única para cada mulher (AGUIAR; SILVEIRA; DOURADO, 2011).

Pereira e Lovisi (2007) dizem que o período gravídico-puerperal é a fase de maior predomínio dos transtornos mentais na mulher, especialmente no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério.

Dentre todas as etapas da vida da mulher, o puerpério é o período de maior fragilidade para o surgimento de transtornos comportamentais, pois, a mulher passa por mudanças físicas, sociais, familiares e psicológicas, ficando mais exposta ao estresse o que gera prejuízo emocional para mãe (ESPER; FURTADO, 2010).

De acordo com Camacho et al. (2006), diferentes dúvidas ainda estão em aberto sobre o tema da saúde mental das mulheres no período da gestação e do puerpério. Contraditoriamente ao que se imagina, o período de gestação nem sempre é marcado pelo prazer e realizações.

Maldonado (1981) refere que os primeiros dias após o parto são cheios de emoções sendo essas intensas e variadas, distinguindo-se a labilidade emocional como o padrão mais singular da primeira semana após o parto, e elas são devidas, em grande parte, às alterações bioquímicas.

Shardosim e Helt (2011) afirmam que mesmo as doenças psiquiátricas sendo comuns nesse momento, ainda são pouco reconhecidas, tratadas ou pesquisadas. Somente a partir de 1965 é que os quadros de alteração de humor decorrentes do parto, psicóticos ou não, foram incluídos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4a edition* (DSM-IV) e classificados como transtornos de humor. Anteriormente, os sintomas da depressão puerperal não eram considerados distintos da depressão maior.

Segundo Schimidt e Argimon (2009), o apego materno-fetal expõe as condutas e as maneiras de adaptação da mulher à gravidez, sendo essas atitudes baseadas em representações cognitivas, que incluem o imaginário da mãe, bem como suas atribuições sobre as características físicas e emocionais do feto.

De acordo com Frizzo e Piccinini (2005), a nova mãe necessita mudar sua identidade de filha para mãe, e até, por vezes, de profissional para mãe de família. Essa nova conformação seria relevante para ela poder mudar seus investimentos emocionais, sua organização de tempo, energia e seus trabalhos. Dentre os eventuais transtornos emocionais do pós-parto Alt e Benetti (2008) destacam melancolia da maternidade (*baby blues*), psicose puerperal e depressão.

Estudos mostram que transtornos psiquiátricos subdiagnosticados e não tratados em gestantes podem levar a importantes repercussões materno-fetais, até mesmo durante o trabalho de parto (JABLENSKY et al., 2005; SENG et al., 2001). Sabe-se ainda que a presença de ansiedade ou depressão na gestação está associada a sintomas depressivos no puerpério (BLOCH; DALY; RUBINOW, 2003).

Gomes et al. (2010) destacam que os múltiplos fatores de risco envolvidos com as oscilações emocionais se encontram divididos da seguinte forma: idade inferior a 16 anos, transtornos prévios, episódios estressantes nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil, e falta de suporte social, além da personalidade desorganizada em relação ao bebê, vínculos afetivos insatisfatórios, estrutura emocional deficiente e abortamentos espontâneos ou de repetição.

O quadro clínico é instável, segundo Silva et al. (2003), podendo manifestar mudanças físicas, cognitivas e do comportamento, tais como tristeza, choro fácil, humor lábil, abatimentos, isolamento, transtornos do sono (hipersonia ou insônia), anorexia, alterações gastrintestinais, ideação suicida ou filicida.

Falcone et al. (2005) mencionam que o stress da gestante predispõe à produção de certos hormônios que atravessam a barreira placentária, além de impactar o organismo do feto em desenvolvimento e, dessa maneira, eles mudam a própria organização placentária e do ambiente fetal. Os autores asseguram ainda que as perdas na saúde mental da gestante podem transformar o vínculo mãe-feto e, posteriormente, a evolução da criança, que a princípio pode se manifestar no recém-nascido em forma de choro, irritabilidade ou apatia e, futuramente, ocasionar disfunções afetivas na idade adulta.

Assim sendo, o objetivo deste artigo é apresentar os transtornos mentais e comportamentais que ocorrem no puerpério, além de mostrar a importância dos cuidados de enfermagem no período gravídico-puerperal por meio da assistência pré-natal.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada está baseada em revisão bibliográfica no formato narrativa contendo levantamento de informações a partir de dados bibliográficos acerca do tema transtornos mentais e comportamentais no puerpério. Na visão de Martins e Pinto (2001), a pesquisa bibliográfica tem por objetivo conhecer, esclarecer, analisar e debater sobre um tema com base em referências publicadas em livros, revistas, periódicos, internet, dentre outros.

Os artigos de revisão narrativa permitem ao escritor descrever e discutir o desenvolvimento de algum assunto, por meio do ponto de vista teórico ou contextual, basicamente trata-se da análise de literaturas com a interpretação pessoal do autor (ROTHER, 2007).

Para encontrar os documentos utilizados nesse levantamento foram utilizadas as palavras-chave: pós-parto, gestantes, transtornos mentais, enfermagem psiquiátrica. Para a seleção dos documentos foram definidos como critérios de inclusão artigos publicados em português e inglês no período de 2001 a 2016. Foram também utilizados manuais técnicos do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Revistas Brasileiras de Saúde e livros que abordam o tema. Dentre os documentos encontrados, foram selecionados 49 artigos que atendiam aos critérios definidos.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Maternidade

A gestação é um momento de preparação psicológica para a maternidade, no qual se está constituindo o vínculo materno/fetal. Os autores acreditam que a relação entre pais e filhos começa desde a vida intrauterina, configurando, desde já, os papéis paterno e materno (BAPTISTA; TORRES, 2006).

O processo de estabelecimento da maternidade inicia-se muito antes da fertilização. O vínculo estabelecido entre mãe e bebê no período gestacional é considerado um importante fator para a relação que será estabelecida no pós-parto e no decorrer da vida da criança (ALVARENGA et al., 2012).

Greinert e Milani (2016), afirmam que a gravidez é uma fase na qual a mulher apresenta-se mais vulnerável aos transtornos do humor, sobretudo, devido às alterações hormonais. Essas alterações são necessárias pois é nesse momento que a gestante começa a adquirir condições para suprir as necessidades do feto que está em desenvolvimento.

A depressão nessa fase gravídico-puerperal costuma não ser identificada, pois sinais e sintomas como: sono, cansaço, alteração do sono e labilidade emocional, por exemplo, confundem-se com os apresentados comumente na gestação (TOLENTINO; MAXIMINO; SOUTO, 2016).

Na visão de Fernandes e Cotrin (2013), assim como no período gestacional, o pós-parto também é um momento de mudanças e adaptações onde a mulher se depara com o enfrentamento de novos desafios, fisiológicos bem como os de cunho psicológico. Nessa fase a mulher precisa aprender a lidar com a nova realidade e rotina, alterando seus hábitos. Com o surgimento de novas responsabilidades decorrentes da maternidade ocorrem, concomitantemente, transformações emocionais em que mulher apresenta sentimentos conflitantes, podendo levar ao aparecimento de problemas emocionais.

3.2 Transtornos mentais e comportamentais

O puerpério e o estado puerperal apresentam definições diferentes, sendo o puerpério período que vai do deslocamento e expulsão da placenta à volta do organismo da mulher às condições anteriores à gravidez e o estado puerperal é uma alteração temporária, que pode se caracterizar pela perda do senso moral, diminuição da capacidade de entendimento da realidade acarretando na agressão ao próprio filho, por vezes, chegando até o infanticídio (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Cantilino et al. (2010) afirmam que os distúrbios mais comuns do período puerperal, são: melancolia da maternidade (baby blues), a depressão pós-parto, e a psicose puerperal. Outros transtornos como: ansiedade puerperal e o distúrbio de pânico pós-parto, começaram a ser considerados na clínica médica.

3.2.1 Melancolia da maternidade (baby blues) - é considerada a forma mais leve dos quadros depressivos puerperais e chega a acometer até 85% das mulheres.

Sintomas como choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes são transitórios e insuficientes para causar prejuízo funcional à paciente. Geralmente se iniciam nos primeiros dias após parto, atingem pico ao redor do quinto dia e remitem de forma espontânea em até duas semanas (JESUS, 2008).

Em alguns casos, poderá persistir além do período puerperal inicial, levando a um transtorno do humor mais grave. O oferecimento de adequado suporte emocional, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê deve ser intensificado para essas mulheres, principalmente por parte dos familiares (RUDÁ, 2010).

3.2.2 Depressão pós-parto (DPP) - é um importante problema de saúde pública, pois afeta tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento do filho. Os sintomas mais comuns dessa patologia são desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas (GALVÃO et al., 2015). Dentre os fatores associados à sintomatologia depressiva no período gravídico-puerperal, destacam-se as piores condições socioeconômicas (FAISAL-CURY; MENEZES, 2012).

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente a depressão encontra-se no quarto lugar entre as principais doenças que aumentam os custos com saúde. As proporções, até 2020, segundo a OMS, são de que, se a incidência continuar aumentando, a depressão chegará a segundo lugar em todo mundo (TOLENTINO; MAXIMINO; SOUTO 2016).

Os fatores de risco para o desencadeamento de um quadro depressivo no pós-parto são estresse, episódio depressivo prévio, gravidez indesejada, dificuldade para lidar com o bebê, conflito marital ou familiar, baixo apoio social e dificuldades econômicas (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

3.2.3 Psicose puerperal - é o transtorno psicótico mais grave que ocorre no puerpério. Seu início é rápido e sua sintomatologia aparece nos primeiros dias até duas semanas do pós-parto. Os sintomas iniciais que a puérpera apresenta são: euforia, humor irritável, logorreia, agitação e insônia. Aparecem então, delírios, ideias persecutórias, alucinações e comportamento desorganizado, desorientação, confusão mental, perplexidade e despersonalização (COSTA; REIS, 2011).

É aconselhável que a família da gestante seja incluída nas consultas antes do nascimento do bebê, para que, se houver diagnóstico positivo para transtornos mentais nessa fase, a responsabilidade pelo bebê possa ser retirada da mãe. A mulher em surto não diferencia realidade das alucinações e delírios, por isso a importância dos parentes estarem cientes da situação pois existe risco de vida para ambos, mãe e filho (IACONELLI, 2005). Guimarães (2003) diz que com a gravidade e o risco de vida para mãe e bebê podem levar à intervenção hospitalar.

3.3 Intervenções de enfermagem na prevenção dos transtornos mentais e comportamentais no puerpério

De acordo com o Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1987) que regulamenta a Lei nº 7498/86 (BRASIL, 1986) o acompanhamento do pré-natal de baixo risco pode ser realizado pelo enfermeiro. Nesse contexto podem ser inseridos a realização de ações educativas, consulta de pré-natal de baixo risco, solicitação de exames de rotina e orientação de tratamento, conforme o protocolo do serviço, encaminhamento para o médico, realização de atividades em grupo, realização de visitas domiciliares, atualização do cartão da gestante e coleta de exame citopatológico.

Segundo protocolo do Ministério da Saúde, durante as consultas de pré-natal devem ser realizadas um número mínimo de seis consultas, sendo, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, e três no último trimestre da gestação. Sendo seis consultas o mínimo necessário para assegurar o acompanhamento dos parâmetros que avaliam a evolução da gestação e a detecção de fatores de risco e agravos que poderão surgir (PAVANATTO; ALVES, 2014).

A característica preventiva do pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, visto que um pré-natal apropriado reduz, as complicações neste período. A consulta de enfermagem apresenta-se como um mecanismo muito importante, pois visa assegurar a extensão da cobertura e melhoria da qualidade do pré-natal, principalmente por meio da inserção de ações preventivas e promocionais as gestantes (RIOS; VIEIRA, 2007).

É no decorrer do pré-natal que um espaço de educação em saúde deve ser criado, com a finalidade de promover o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Neste momento, entende-se que o método educativo é fundamental não só para a obtenção de conhecimento

sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011). O desenvolvimento e o prognóstico da doença, mesmo sendo de início insidioso e inesperado, na maior parte são positivos (SILVA; BOTII, 2005).

A natureza preventiva do pré-natal é fundamental para diminuir as taxas de mortalidade materna e perinatal, visto que um pré-natal apropriado atenua, em demasia, as dificuldades nesta fase. Segundo o Ministério da Saúde, compreende-se por pré-natal um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que tem por objetivo promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito (BRASIL, 2006).

Tostes (2012) diz que o acompanhamento à gestante tem merecido relevância progressiva; um pré-natal habitual bem estruturado deve conter planejamento, normatização das ações, orientações padronizadas, bem como instrumentos confiáveis para a assistência ao desenvolvimento do conceito. Ainda de acordo com o referido autor, além do controle biológico centrado na gestante, outros aspectos relevantes ao desenvolvimento de uma gravidez saudável são relevantes, tais como: a saúde emocional da mãe, e a rede de apoio familiar. Isso vem se mostrando um eficiente fator de redução da morbimortalidade materna.

Na consulta de pré-natal, a concentração do cuidado deve estar voltada às dúvidas e à narrativa dos relatos sendo esse processo importante, uma vez que quanto mais qualidade tiver a assistência, maior será a aceitação das mulheres ao serviço e este é o segredo para a atenuação dos índices de mortalidade materna e perinatal (SILVA et al., 2010).

Para Valença e Germano (2010), o pré-natal é o momento exclusivo da assistência contínua à saúde da gestante. É nesse período em que se fornece um intenso aprendizado para a mulher provocando sua compreensão sobre as alterações e obstáculos que irão suceder no curso na gestação, assim como no puerpério, sendo os cuidados direcionados para a prevenção e tratamento prévio dos transtornos mentais e comportamentais no puerpério.

O principal propósito da assistência pré-natal é apoiar a mulher desde o início de sua gravidez, quando ela passará por alterações físicas e emocionais. O ministério da saúde normatiza os procedimentos e condutas a serem realizados pelos profissionais de saúde em todo atendimento prestado à gestante, por meio de

protocolos nacionais que direcionam o tipo de cuidado de saúde a ser realizado em cada consulta, orientado a prática da atenção primária (CUNHA et al., 2009).

O pré-natal psicológico – PNP, é um modelo pouco encontrado nos atendimentos de pré-natal, pois ainda está sendo implementado pelos profissionais de saúde. Esse modelo traz uma abordagem humanizada ao processo de acolhimento e atendimento à gestante no período gravídico-puerperal. A integração da gestante com a família é primordial e o programa traz esse relacionamento através de encontros temáticos e prepara psicologicamente a mulher e a família para a maternidade. O principal objetivo é a prática da escuta qualificada e distinta pela equipe multidisciplinar sobre todo o processo gravídico-puerperal (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Complementar ao pré-natal tradicional, o pré-natal psicológico (PNP) tem caráter complementar e psicoterapêutico oferecendo apoio emocional à gestante. É onde se debatem soluções para as discussões que surgirem no período gravídico-puerperal (CABRAL; MARTINS; ARRAIS, 2012).

De acordo com Brasil (2006, p. 10):

“A atenção ao pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco”.

O enfermeiro ocupa uma posição de destaque na equipe multidisciplinar. A consulta de enfermagem vem sofrendo mudanças ao longo do tempo, quando se trata de conceitos e metodologias, todavia, umas das maiores mudanças tem sido a inserção nos serviços de saúde na atenção primária, acarretando aceitação por parte dos usuários. O enfermeiro na consulta de pré-natal enxerga a paciente de maneira holística podendo identificar e intervir de maneira precoce em todos os problemas apresentados pela gestante (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

Contudo, a consulta de pré-natal envolve procedimentos com baixa densidade tecnológica, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da mulher, transmitindo confiança para conduzir com autonomia a gestação e o parto. É necessário que o profissional esclareça as dúvidas geradas com muita clareza, de forma que a mulher se sinta segura (NETO et al., 2008).

Vasques (2006), afirma que muitas vezes, o pré-natal passa a ser o primeiro contato da cliente com o sistema de saúde e por isso a equipe deve ter a preocupação de causar na gestante a melhor impressão possível.

O acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério (BRASIL, 2005).

São fatores indispensáveis nesta assistência: a organização do serviço, capacitação dos profissionais e a utilização de recursos adequados e disponíveis, garantindo-se, no entanto, o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção e prevenção das principais afecções (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Souza et al. (2004) afirmam que é necessário que haja empenho no sentido de sistematizar a assistência em saúde mental realizado por esse profissional, considerando a complexidade de lidar com as subjetividades, individualidades dos pacientes e da própria equipe interdisciplinar, além dos limites teóricos encontrados no processo da SAE.

A SAE é a principal forma para a mudança na qualidade da assistência e o fortalecimento da enfermagem como profissão, a sistematização trás um atendimento com critérios padronizados, propondo uma assistência de qualidade, e oferecendo meios de avaliação do processo através de dados confiáveis (ZANARDO; ZANARDO; KAEFER, 2011).

Para a eficácia da implementação da SAE, o enfermeiro deve estar pautado em um referencial teórico, ou seja, definir uma teoria de enfermagem que seja apropriada para a realidade da clientela atendida, e o ambiente organizacional no qual se encontra inserido, pois só assim, o enfermeiro estará subsidiado quanto as definições de papéis e aproximação da realidade, podendo desta forma alcançar a autonomia profissional e delimitação de suas ações (ALCÂNTARA et al., 2011).

Com base nessas afirmações, para a formulação do processo de enfermagem nesse contexto, poderíamos utilizar a teórica de enfermagem Hildegard Peplau, cujo o eixo principal é a relação enfermeiro-paciente, para a estruturação do processo Peplau seguiu a linha das teorias direcionadas para a interação, cujas as fases estão dispostas da orientação, identificação, exploração e resolução. Além de ser uma teoria interacionista, também se insere nas teorias explicativas, pois expõe

como a enfermagem é um processo interpessoal associando as causas e efeitos da interação (MORAES et al., 2006).

Peplau argumenta sobre a ideia do que poderíamos chamar de “enfermeira psicóloga”, em sua teoria, a ideia principal não sugere que os enfermeiros sejam capazes de conseguir mudanças psicológicas nos pacientes em alguns encontros, nem tão pouco a mudança de atitude e comportamento imediato, propõe a utilização das oportunidades disponíveis, por meio do emprego da teoria e das técnicas conhecidas das relações interpessoais (GARCIA; NOBREGA, 2004).

Na construção de sua teoria Peplau afirma ainda que, além do problema estar em cada paciente ter suas peculiaridades e que, para entendermos melhor com quais particularidades estamos enfrentando, é preciso conhecer o ambiente de cada paciente, seu ambiente interpessoal, sua família, sua comunidade, enfatiza ainda a necessidade de escutar o paciente, o que torna-se realidade por meio da utilização do conceito interpessoal: conhecer o outro (CARDOSO; OLIVEIRA; LOYOLA, 2006).

É importante registrar que, além de utilizar todo seu conhecimento técnico, o enfermeiro, com a reorganização do processo de trabalho, vê-se dotado de maior autonomia. Repensar a atenção ao pré-natal envolvendo os profissionais pressupõe um novo olhar sobre o processo de trabalho em saúde e organização do serviço, onde, através da instituição de protocolos, se valorize a competência técnico-científica de cada membro da equipe multiprofissional, oferecendo assim uma assistência de qualidade e humanizada à gestante (FARIA et al., 2010).

4. Considerações Finais

A gravidez e o puerpério são fases críticas na vida feminina, uma vez que promovem diversas transformações de ordem biopsicossocial, contribuindo para o desenvolvimento de transtornos mentais, caso não seja oferecida uma rede de acolhimento e apoio à gestante.

A revisão bibliográfica permitiu-nos observar que os transtornos mentais e comportamentais no puerpério são importantes problemas de saúde pública, devendo ser compreendidos dentro de uma abordagem multidisciplinar. Sabe-se que inúmeros fatores podem ser determinantes para o aparecimento desses transtornos, dentre eles podemos considerar, os fatores biológicos, os psicológicos e os sociais, como os mais relevantes.

O atendimento precoce à mãe representa a possibilidade de prevenção da ocorrência de transtornos mentais e comportamentais no puerpério. Nesse sentido, o enfermeiro deve atentar para a importância de intervenções que reduzam os riscos de sofrimento psíquico para futura mãe.

Os profissionais de enfermagem devem estar disponíveis para ouvir as pacientes com uma postura de acolhimento, sendo este o requisito mais importante do pré-natal dentro da ação preventiva, podendo assim direcionar adequadamente a gestante durante o pré-natal contínuo e humanizado. Por meio dessa interação que o profissional consegue detectar as mudanças e variações de humor da gestante/puérpera.

Sabe-se que os desafios e limitações existentes na estrutura organizacional de saúde é desfavorável para aplicação da assistência de enfermagem, pois existe a carência de pessoal qualificado, além da falta de enfermeiros suficientes para atender as demandas de gestantes e puérperas maneira satisfatória.

As teorias de enfermagem estruturam o atendimento e nos subsidiam no direcionamento do planejamento e na determinação das intervenções de enfermagem, viabilizando assim, a comunicação interdisciplinar na unidade de atendimento, pode-se afirmar ainda que, as teorias de enfermagem nos possibilitam a reflexão criativa, domínio do nosso processo de trabalho, além de uma possível descontinuação da tradicional realização de tarefas complementares ao ato médico.

A constatação de que existem teorias de enfermagem capazes de orientar o cuidar e o cuidado para pessoas em sofrimento psíquico nos levou a selecionar a teoria de Hildegard Peplau que traz a noção de “crescimento pessoal”, que é compartilhado pelos enfermeiros e pelo paciente a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar, sugere o enfermeiro psicólogo, onde a relação interpessoal necessita que os profissionais de enfermagem apresentem uma formação especializada para reconhecer e responder a necessidade de ajuda dos pacientes.

As ações preventivas devem ser desenvolvidas no decorrer do pré-natal, voltadas para mãe, bem como família, de maneira integral, devendo o enfermeiro conhecer o contexto sócio familiar da gestante/puérpera, identificando fatores de riscos e realizando intervenções de apoio emocional a mulher.

O pré-natal representa a oportunidade de assistência contínua à saúde, sobretudo nas mulheres de baixa condição socioeconômica, sendo importante pois é

nele onde ocorre intenso aprendizado por parte da mulher, onde são estimulados a compreensão sobre as mudanças e dificuldades que ocorrerão no curso da gestação e do puerpério. Assim, o enfermeiro consegue trabalhar emoções e sentimentos oriundos destes períodos, trabalhando em conjunto na prevenção e no tratamento desses transtornos, que terá por consequência o exercício materno saudável para o desenvolvimento de vínculo mãe/b bebê, evitando o sofrimento psíquico.

5. Referências Bibliográficas

AGUIAR, D. T; SILVEIRA, L. C; DOURADO S.M.N. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica. **Escola Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n.3 p. 622-628, jul./set. 2011.

ALCÂNTARA, M. R., SILVA, D. G., FREIBERGER, M. F., COELHO, M. P. P. M. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, v. 2, n. 2, p. 115-132, maio./out. 2011.

ALT, M. S.; BENETTI, S.P.C. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 12, p.389-394, abr./jun. 2008.

ALVARENGA, P.; DAZZANI, M. V. M.; ALFAYA, C. A. S.; LORDELO, E. R.; PICCININI, C. A. Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal, **Estudos de Psicologia**, v.17 n. 3, p. 477-484, set./dez. 2012.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.33 n. 2 p. 43-54, jan./mar. 2006.

ARRAIS, A. R; MOURAO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção a depressão pós-parto. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v 23 n. 1 p. 251-264, mar. 2014.

BAPTISTA, M. N; TORRES., E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 39-48, jan./jun. 2006.

BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. o pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.16 n.1 p. 29-35, jan./mar. 2011.

BLOCH, M.; DALY, R.C.; RUBINOW, D.R. - Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. **Comprehensive Psychiatry**, Philadelphia, v. 44 n. 3 p. 234-246, maio/jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico-pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada.** Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em www.cofen.com.br acesso em 05 de dezembro de 2016.

BRASIL. **Decreto nº 94.406/87**, de 25 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: www.cofen.gov.br Acesso em: 18 de out. 2016.

CABRAL, D. S. R.; MARTINS, M. H. F.; ARRAIS, A. R. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. Encontro: **Revista de Psicologia**, Valinhos, v. 15, n. 22, p. 53-76, set. 2012.

CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S.; RIBEIRO, C. S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B. K.; BRAGUITTONI, E.; JR. J. R. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, mar./abr. 2006.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C. F.; SOUGEY, E. B.; JR. J. R. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.37 n. 6 p. 278-284, nov./dez. 2010.

CARDOSO, T. V. M.; OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA, C. M. D. Um entendimento linear sobre a teoria de Peplau e os princípios da reforma psiquiátrica Brasileira. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 718-724, dez. 2006.

COSTA, C.; REIS, C. H. Perturbações psiquiátricas do pós-parto: implicações na amamentação. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Lisboa, v.42, n. 4, p. 177-181, jun./ago. 2011.

CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M.G.; MAMEDE, F.V, assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13 n. 1 p. 145-153, jan./mar.2009.

ESPER, L. H., FURTADO, E. F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, São Paulo, v.6, n. especial, p.368-386, nov. 2010.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R.A. Depressão ante-natal prediz fortemente depressão pós-parto na atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 446-450, dez. 2012.

FALCONE, V. M.; MADER, C. V. N.; NASCIMENTO, C. F. L.; SANTOS, J.M. M.; NOBREGA, F. J. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39 n.4 p. 612-618, ago. 2005.

FARIA, H. P., COELHO, I. B., WERNECK, M. A. F., SANTOS, M. A. **Modelo assistencial e atenção básica em saúde da família**, Belo Horizonte: Nescon, 2010.

FERNANDES, F. C; COTRIN, J. T. D. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica online**, Barra do Garças, v. 14, p. 15–34, jul. 2013.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 4 p. 738-746, abr. 2010.

FRIZZO G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10 n. 1 p. 47-55, jan./abr. 2005.

GALVAO, A. C. C.; JUNIOR, F. J. G. S.; LIMA, L. A. A.; MONTEIRO, C. F. S. prevalência de depressão pós-parto e fatores associados: uma revisão integrativa. **Revista Ciência e saberes, serie científica-Facema**, Maranhão, v. 1, n. 1, p. 54-58, ago./out. 2015.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2 p. 228-32, mar./abr. 2004.

GOMES, L. A.; TORQUATO, V. S.; FEITOZA, A. R.; SOUZA, A. R.; SILVA, M. A. M.; PONTES, R. J. S. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. especial, p. 117-123, out./dez. 2010.

GUIMARÃES, R. O crime de infanticídio e a perícia médico-legal: uma análise crítica. Santa Catarina, 1 de maio de 2003. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br> Acesso em: 20 ago. 2016.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial, **Revista de psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 26-36, jan./abr. 2015.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 210-213, jul./ago. 2005.

JABLENSKY, A.V.; MORGAN, V.; ZUBRICK, S. R.; BOWER, C.; YELLACHICH, L. A. Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. **The American Journal Psychiatry**, Arlington, v.162, n.1, p. 79-91, Jan. 2005.

JESUS, M. T. R. **O estado puerperal**. 2008. Disponível em: <http://www.intertemas.toledoprudente.edu.br>. Acesso em: 21 set. 2016.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1981.

MARTINS, G. A; PINTO, R. L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

MORAES, L. M. P.; LOPES, M. V. O.; BRAGA, V. A. B. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. **Acta paulista enfermagem**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 228-233, Jun. 2006

NETO, F. R. G. X., LEITE, J. L., FULY, P. S. C. F., CUNHA, I. C. K. O., CLEMENTEE, A. S., DIAS, M. S.A., PONTES, M. A. C. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 595-602, set./out. 2008.

PAVANATTO, A.; ALVES, L. M. S. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras, **Revista de Enfermagem UFSM**, v.4 n.4 p.761-770, out./dez. 2014.

PEREIRA, P. K; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 144-153, jul./ago. 2008.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Revista eletrônica de Enfermagem**, Maringá, v. 12 n. 2 p. 477-86, abr. 2007.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n. 5, p.1041-1047, out. 2011.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, abri./jun. 2007.

RUDÁ, A. S. **Limites temporais do estado puerperal nos crimes de infanticídio**. Teresina, 18 de setembro de 2010. Disponível em: <https://jus.com.br>. Acesso em: 20 set. 2016.

SCHARDOSIM, J. M; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 32, n. 1, p. 159-166, mar. 2011.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 211-220, maio/ago. 2009.

SENG, J. S.; OAKLEY, D. J.; SAMPSELLE, C. M.; KILLION, C.; GRAHAM-BERMANN, S.; LIBERZON, I. Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. **Obstetrics Gynecology**, Chicago, v.97 n.1 p. 17-22, jan. 2001.

SILVA, F. C. S.; ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F. M.; CARVALHO, C. M. L.; CAETANO, J. A. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-416, jun. 2010.

SILVA, E.T; BOTII, N. C. L. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Goiás, v. 7, n. 2, p. 231-238, maio/ago.2005.

SILVA, D. G.; SOUZA, M. R.; MOREIRA, V. P. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista Mal-Estar Subjetividade**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 439-450, set. 2003.

SOUZA, A. M.; FRAGA, MORAES, L. M. P.; GARCIA, M. L. P.; MOURA, E. M. V.; ALMEIDA, P. C. M.; MOURA, K. D. R. Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental, **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 13 n. 4 p. 625-632, out./dez. 2004.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Maringá, v.13, n.2, p.199-210, abr./jun. 2011.

TOLENTINO, E. C.; MAXIMINO, D. A. F. M. C.; SOUTO, G. V. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Revista Ciência Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v.14 n.1 p.59-66, abr. 2016.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, do Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. 2012.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Revista Rene**. Fortaleza, v.11 n. 2 p. 129-139, abr./jun. 2010.

VASQUES, F. A. P. **Pré-natal: um enfoque multiprofissional**. São Paulo: Rubio; 2006.

ZANARDO, G. M., ZANARDO, G. M., KAEFER, C. T. Sistematização da assistência em enfermagem. **Revista contexto e saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 1371-1374, jan./jun. 2011.